

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính (Các) Số Tài khoản Bệnh nhân: _____

Lưu ý quan trọng: Quý vị có thể được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá.

Việc quý vị hoàn thiện đơn đăng ký này sẽ giúp Hệ thống Y tế Đại học NorthShore (NorthShore) xác định liệu quý vị có thể nhận các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hay các chương trình công cộng khác có thể giúp thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Nếu quý vị không có bảo hiểm thì không cần Số An sinh Xã hội để đủ tiêu chuẩn nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá. Tuy nhiên, quý vị cần có Số An sinh Xã hội đối với một số chương trình công cộng khác, trong đó có Medicaid. Quý vị không bắt buộc phải cung cấp Số An sinh Xã hội nhưng nếu quý vị cung cấp thì NorthShore sẽ có thể xác định liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ chương trình công cộng nào hay không.

Vui lòng hoàn thiện biểu mẫu này trong thời gian sớm nhất có thể sau ngày nhận dịch vụ để NorthShore xác định liệu quý vị có hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính hay không. NorthShore sẽ chấp nhận đơn đăng ký của quý vị trong vòng 240 ngày sau ngày có bản sao kê thanh toán đầu tiên cho dịch vụ chăm sóc.

Bệnh nhân xác nhận là bệnh nhân đã nỗ lực trên tinh thần thiện chí để cung cấp toàn bộ thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký nhằm hỗ trợ NorthShore xác định liệu bệnh nhân có hội đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính hay không.

HƯỚNG DẪN: ĐIỀN ĐẦY ĐỦ ĐƠN ĐĂNG KÝ VÀ KÝ GIẤY CHO PHÉP XÁC MINH THÔNG TIN.					
THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐĂNG KÝ					
Địa chỉ Email				Quy mô Gia đình (Bao gồm cả Bệnh nhân)	
Họ	Tên	Tên đệm	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội	
Địa chỉ Đường phố	Căn hộ #	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Điện thoại Nhà riêng
Tên Hãng làm việc			Địa chỉ Đường phố của Hãng làm việc		Điện thoại Di động
Thành phố của Hãng làm việc	Tiểu bang	Mã Zip	Tổng Thu nhập Hàng tháng	Điện thoại Cơ quan	
VỢ/CHỒNG/NGƯỜI BẢO ĐẢM HOẶC CHA/ME CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (TÙY TỪNG TRƯỜNG HỢP)					
Địa chỉ Email			Quan hệ với Bệnh nhân	Ngày sinh	
Họ	Tên	Tên đệm	Số An sinh Xã hội		
Địa chỉ Đường phố	Căn hộ #	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Điện thoại Nhà riêng
Tên Hãng làm việc			Địa chỉ Đường phố của Hãng làm việc		Điện thoại Di động
Thành phố của Hãng làm việc	Tiểu bang	Mã Zip	Tổng Thu nhập Hàng tháng	Điện thoại Cơ quan	

Hội đủ Điều kiện Có cơ sở:

Bệnh nhân **không có bảo hiểm** và chứng minh được một trong những Tiêu chí Hội đủ Điều kiện Có cơ sở được liệt kê dưới đây một cách riêng lẻ hoặc thông qua những quyền lợi được cung cấp cho Gia đình họ sẽ đương nhiên hội đủ điều kiện nhận **dịch vụ chăm sóc miễn phí** và **không cần bằng chứng về thu nhập**. Chúng tôi sẽ xác minh tình trạng hội đủ điều kiện bằng phương thức điện tử khi có thể nhưng chúng tôi có thể cần quý vị hỗ trợ để xác định quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Đánh dấu mọi phương án phù hợp:

- WIC (CHƯƠNG TRÌNH DINH DƯỠNG BỔ SUNG ĐẶC BIỆT CHO PHỤ NỮ, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ)
- SNAP (CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ DINH DƯỠNG BỔ SUNG)
- BỮA TRƯA/BỮA SÁNG MIỄN PHÍ TẠI ILLINOIS
- BỊ GIAM GIỮ
- VÔ GIA CƯ
- QUA ĐỜI KHÔNG CÓ DI SẢN
- HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN VỀ Y TẾ NHƯNG KHÔNG PHẢI VÀO NGÀY NHẬN DỊCH VỤ HOẶC CHO DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC BAO TRẢ
- CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ NHÀ THUÊ CỦA CƠ QUAN PHÁT TRIỂN NHÀ Ở ILLINOIS
- MẤT KHẢ NĂNG VỀ TÂM THẦN VÀ KHÔNG CÓ NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO BỆNH NHÂN
- LIHEAP: CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ NĂNG LƯỢNG CHO GIA ĐÌNH CÓ THU NHẬP THẤP
- CHƯƠNG TRÌNH TRỢ CẤP Y TẾ TRONG CỘNG ĐỒNG
- TRỢ CẤP CHO DỊCH VỤ Y TẾ
- TANF: TRỢ CẤP TẠM THỜI CHO CÁC GIA ĐÌNH KHÓ KHĂN
- CÁ NHÂN PHÁ SẴN (VỤ VIỆC # _____ NGÀY ĐƯỢC THA MIỄN _____)
- THAM GIA MỘT DÒNG TU VÀ CÓ LỜI KHẤN ĐỨC THANH BÀN

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính (Các) Số Tài khoản Bệnh nhân: _____

**** Nếu chứng minh được Tình trạng Hội đủ Điều kiện Có cơ sở, thì quý vị không cần cung cấp bất kỳ thông tin nào về thu nhập. Quý vị vẫn cần ký Xác nhận của Người đăng ký trên trang tiếp theo.**

Thông tin về Thu nhập:

Vui lòng cung cấp các tài liệu được yêu cầu dưới đây (tùy từng trường hợp). Đơn đăng ký của quý vị có thể bị trì hoãn hoặc từ chối trong trường hợp thiếu bất kỳ tài liệu nào được yêu cầu.

Quý vị phải cung cấp giấy tờ sau đây cho người đăng ký, vợ/chồng của người đăng ký hoặc nếu người đăng ký/bệnh nhân là trẻ vị thành niên thì cho phụ huynh hoặc người giám hộ. Nếu quý vị không thể cung cấp bất kỳ giấy tờ nào liên quan đến thu nhập của quý vị, vui lòng hoàn thiện thư xác nhận hỗ trợ trên trang cuối của đơn đăng ký này.

<p><u>Nếu Quý vị Có việc làm:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị • Bản sao hai phiếu lương gần đây nhất • Bản sao hai bản sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và hội tín dụng
<p><u>Nếu Quý vị Tự kinh doanh:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị • Bản sao hai bản sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và hội tín dụng
<p><u>Nếu Quý vị Thất nghiệp:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị • Bản sao thư trợ cấp thất nghiệp, trong đó nêu rõ số tiền quý vị được nhận • Thư từ hãng làm việc trước đây của quý vị, trong đó có ghi ngày chấm dứt việc làm • Thư xác nhận hỗ trợ (hoàn thiện thư trên trang cuối của đơn đăng ký này)
<p><u>Nếu Quý vị là Sinh viên Chính quy:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bảng chứng ghi danh vào trường đại học/cao đẳng (bao gồm cả thư từ trường cao đẳng hoặc đại học thể hiện quý vị là sinh viên chính quy hoặc giấy tờ về học phí/tài chính)
<p><u>Nếu Quý vị đã Nghỉ hưu hoặc bị Khuyết tật:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị (nếu có) • Bản sao thư trợ cấp gần đây nhất của quý vị từ Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội, nêu rõ số tiền quý vị được nhận hàng tháng • Bản sao hai bản sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và hội tín dụng
<p><u>Bảng chứng cho Thu nhập Ngoài Lương Khác:</u></p> <p>Cung cấp thông tin sau đây về tình hình tài chính của quý vị nếu có:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thư cấp dưỡng cho vợ/chồng và/hoặc con • Thu nhập từ bất động sản cho thuê • Thu nhập từ bất động sản đầu tư • Bất kỳ nguồn thu nhập nào khác chưa được liệt kê phía trên

Thông tin về Gia đình/Hộ gia đình:

Số người trong gia đình/hộ gia đình	
Số người phụ thuộc của người đăng ký	
Tuổi của người phụ thuộc	

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính (Các) Số Tài khoản Bệnh nhân: _____

Thông tin Khác:

Nếu quý vị có tài liệu khác có thể giúp NorthShore đưa ra quyết định về đơn đăng ký của quý vị, ví dụ như các hóa đơn chưa thanh toán với số tiền lớn cho thấy khó khăn về tài chính, vui lòng cung cấp những tài liệu đó (ví dụ: hóa đơn điện thoại, hóa đơn điện, hóa đơn y tế, bản sao kê ngân hàng hoặc séc, v.v.)

Xác nhận Đơn đăng ký:

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác theo tất cả những gì mà tôi biết. Tôi sẽ nộp đơn đăng ký bất kỳ trợ cấp nào của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể hội đủ điều kiện nhận để góp phần thanh toán cho hóa đơn này của NorthShore. Tôi hiểu rằng NorthShore có thể xác minh thông tin được cung cấp và tôi cho phép NorthShore liên hệ với các bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không đúng trong đơn đăng ký này, thì tôi sẽ không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, và bất kỳ khoản hỗ trợ tài chính nào đã được cấp cho tôi có thể bị hủy bỏ và tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán hóa đơn của NorthShore.

Chữ ký của Người đăng ký: _____ Ngày: _____

Nộp đơn đăng ký hoàn chỉnh qua:	Quý vị cần hỗ trợ? Chúng tôi có thể quý vị.
<p>Thư: NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p>Fax: (847) 982-6957</p> <p>Trực tiếp: Mang tới cho cố vấn tài chính của bệnh viện khi ghé qua bàn đăng ký trung tâm của bệnh viện</p>	<p>Gọi số (847) 570-5000</p> <p>hoặc gặp cố vấn tài chính của bệnh viện khi ghé qua bàn đăng ký trung tâm của bệnh viện</p>
<p>Đối với Bệnh viện Thụy Điển:</p> <p>Thư: Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave. Chicago, IL 60625</p> <p>Fax: (773) 878-6838</p> <p>Trực tiếp: Mang tới cho cố vấn tài chính của bệnh viện khi ghé qua Trung tâm Dịch vụ Tài chính</p>	<p>Đối với Bệnh viện Thụy Điển:</p> <p>Gọi số (773) 989-3841</p> <p>hoặc gặp cố vấn tài chính của bệnh viện khi ghé qua Trung tâm Dịch vụ Tài chính</p>

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính (Các) Số Tài khoản Bệnh nhân: _____

Tuyên bố về Hỗ trợ Ăn ở/Thư Xác nhận Hỗ trợ

Người cung cấp chỗ ở và đồ ăn phải điền biểu mẫu này và chỉ điền cho người đăng ký nếu người đó sống cùng người không phải vợ/chồng hợp pháp của họ

Tôi hiện đang cung cấp chỗ ở và đồ ăn cho _____
(Vui lòng viết in hoa họ tên của người đăng ký)

Địa chỉ nơi cung cấp chỗ ở và đồ ăn

Tôi cung cấp một khoản tiền trợ cấp là \$ _____ mỗi tuần/tháng (khoanh tròn một phương án)

Hỗ trợ khác (vui lòng giải thích) _____

Họ tên và địa chỉ của người hỗ trợ (vui lòng viết in hoa)

Họ tên: _____

Địa chỉ: _____

Số
Điện thoại: _____

Chữ ký của Người đăng ký: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Người Hỗ trợ: _____ Ngày: _____